

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

## VIH

### À compléter, dater et signer par le Médecin traitant et contresigner par la personne à assurer

Les informations recueillies par le biais de ce document sont nécessaires à l'étude du dossier de la personne à assurer, qui se fera dans le strict respect du secret médical.

Le questionnaire doit être complété en intégralité, daté, signé et renvoyé au Médecin Conseil de la Compagnie, par pli cacheté et confidentiel à l'adresse suivante : Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 LILLE Cedex. Ce document peut également être envoyé par mail, à l'adresse sécurisée suivante : MU@afi-esca.com.

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et à la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>.

L'Assureur s'engage, en sa qualité de Responsable de traitement, à se conformer à la législation afférente en vigueur, notamment la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et Libertés », modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018.

La personne à assurer peut, ainsi, accéder à ses données médicales, s'opposer à leur traitement, demander leur effacement, leur limitation ou leur portabilité pour des motifs légitimes en adressant un courrier, avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. La personne à assurer peut également rectifier ces informations auprès du Médecin Conseil en lui adressant un courrier avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité.

### INFORMATIONS SUR LA PERSONNE À ASSURER

M.  Mme Nom : ..... Prénom : ..... Nom de naissance : .....

Adresse : .....

Né(e) le :  /  /  à : .....

Taille : ..... cm Poids : ..... kg

Tension artérielle : ..... / ..... mmHg Traitée :  OUI  NON

1

### AFFECTION

Précisez la date de découverte : ..... et de la dernière consultation : .....

Indiquez le(s) traitement(s) mis en place et la(les) période(s) de prescription :

- ..... Période : .....
- ..... Période : .....
- ..... Période : .....
- ..... Période : .....

La personne à assurer a-t-elle été hospitalisée pour cette pathologie ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez préciser :

Quand ? .....

Le(s) motif(s) : .....

Est-elle :

Fumeuse ?  OUI  NON Consommation journalière : .....

Ex-fumeuse ?  OUI  NON Arrêt depuis : ..... an(s)

N'a jamais fumé ?  OUI  NON

A-t-elle fait usage de substances illicites ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez préciser :

Lesquelles ? .....

Quand ? .....

2

### PARAMETRES BIOLOGIQUES

	À la découverte (date et résultat)	Au plus bas (date et résultat)	Les trois dernières mesures (Dates et résultats)
Lymphocytes CD4	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ..... / ..... mm3	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ..... / ..... mm3	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ..... / ..... mm3 Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ..... / ..... mm3 Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> ..... / ..... mm3

Charge virale	À la découverte (date et résultat)	Les trois dernières mesures (Dates et résultats)	
	Date : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/>	...../.....copies/ml
...../.....copies/ml	Date : <input type="text"/>	...../.....copies/ml	Date : <input type="text"/>
A compter de la première année de traitement, a-t-il été constaté un taux de CD4 < 500/mm <sup>3</sup> et/ou une charge virale quantifiable ?			
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			
Si OUI, veuillez préciser :			
Quand ? .....			
Le(s) résultat(s) : .....			

3

### PATHOLOGIES ASSOCIÉES

Depuis la détection de la pathologie, la personne à assurer a-t-elle présenté des manifestations cliniques et/ou biologiques faisant reconnaître un stade SIDA ?  OUI  NON

Si OUI, veuillez préciser : Quand ? .....  
 Lesquelles ? .....  
 Le(s) traitement(s) mis en place : .....

Présente-t-elle ou a-t-elle présenté une des pathologies suivantes :

- Un cancer (classant dans le stade SIDA ou non)  OUI  NON Précisez : .....  
 y compris lymphome ? Date : .....  
 Rémission ?  OUI  NON  
 Depuis le :
- Une pathologie coronarienne ?  OUI  NON Précisez : .....  
 Date : .....
- Un accident vasculaire cérébral ?  OUI  NON Date : .....
- Une hépatite B ?  OUI  NON Date : .....

En cas de réponse positive, merci de compléter le questionnaire « Hépatites virales B & C »

- Une hépatite C ?  OUI  NON Date : .....

En cas de réponse positive, merci de compléter le questionnaire « Hépatites virales B & C »

- Autre(s) ?  OUI  NON La(les)quelle(s) ? .....  
 Date(s) : .....  
 Traitement(s) mis en place : .....

#### IMPORTANT :

La communication des pièces médicales suivantes est indispensable pour l'appréciation de votre dossier :

- copie des comptes-rendus hospitaliers
- copie des derniers examens réalisés
- copie de la dernière lettre de consultation des Maladies infectieuses
- copie des comptes-rendus des consultations réalisées auprès d'autres spécialistes

Ces pièces sont disponibles auprès de votre Médecin traitant.

Je soussigné(e),

- autorise expressément le Médecin Conseil d'AFI ESCA et celui des réassureurs de la compagnie à traiter les données renseignées dans le présent questionnaire, ainsi que celles communiquées dans tout document annexe transmis par mes soins (exemple : compte-rendu de consultation médicale, compte-rendu d'examen médical, etc...), dans le cadre de ma ou mes demandes d'assurance et dans la gestion de mon ou mes contrats d'assurance présent(e)s ou à venir, dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables en matière de conservation et/ou d'utilisation des données.
- atteste avoir à ma disposition une enveloppe préimprimée « confidentiel » pour transmission de ce questionnaire et de mes documents médicaux sous pli cacheté au Médecin-Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 Lille Cedex. Ce dernier pourra, après examen, si nécessaire, me demander des renseignements ou des documents médicaux complémentaires.
- m'engage à informer l'Assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer

Fait à .....

Le